診療情報提供書(MRI検査依頼書)

NTT東日本関東病院 医療連携室

TEL 03-344 FAX 0120-3	8-6192 4-4810 (03-3448-6071)	甲込日 年 月 日
	患者情報	依頼元医療機関
	总有消報	住所
		医療機関名
氏名		
生年月日	年 月 日 (満 歳)	電話番号
 性別 男 ・ 女	京 身長 cm 体重 kg	FAX番号
妊娠の □ な		医師名
可能性 □あ	り 検査を行えない場合があります。	
住所 電話	자 무	□ あり 関東病院 □ 診察券番号 □ なし 可能性 □ なり □ 不明 □ 不明
电动1	当 ち	
	第1希望 年 月 日	日 時頃
検査希望日	第2希望 年 月 E	日 時頃
	※ご予約は申込日の翌々日以降になります。 ※FAX受信後、貴院宛に予約日時のご連絡をいたしま	व .
検査部位 (1つ選択)	 □ 脳 □ 脳+脳血管(MRA) □ 乳房 □ 下垂体 □ 上腹部(MRC) □ 聴器 □ 骨盤部 □ 預部 □ 腎尿管膀胱(□ 右・左 上肢(※四肢については左右を○で囲み、手、膝、前腕など具 	□ 股関節 (MRU) (MRU) □ 右 ・左 ・両 下肢()※
		者さんにご説明の上、同意書の取得と記入をお願いいたします。あらかじめ
造影剤使用	□ 希望する 採血データ (血清クレアチ)	ニン)による腎機能の確認と検査結果などの添付をお願いいたします。 機能および検査目的から当院放射線部医師の判断で最終決定します。
体内金属情報	□ 心臓ペースメーカ	□ 非磁性体と確認できない脳動脈瘤止血クリップ □ その他()
臨床診断 (病名)		
検査目的/ 臨床情報など		
画像の提供方法	□ 不要 □ 画像ディスク	